

A criança em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Primária à Saúde em município gaúcho: reflexões a partir de um usuário-guia

The child in psychic suffering in the network of Primary Health Care in a city of Rio Grande do Sul: reflections from a guide user

Bruna Fátima Gallina

Psicóloga, Especialista em Atenção Básica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo, RS, Brasil;
E-mail: bruna-gallina@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-6109-5301

Vanderléia Laodete Pulga

Filósofa, Doutora em Educação em Saúde pela UFRGS; Docente na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo, RS, Brasil;
E-mail: vanderleia.pulga@uffs.edu.br; ORCID: 0000-0002-1918-0916

Fabiana Schneider

Psicóloga, Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS pelo GHC; Secretaria Municipal de Saúde, Marau, RS, Brasil;
E-mail: fabi.schneider09@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5268-8594

Contribuição dos autores: BFG foi a autora principal, contribuiu com a concepção do estudo, a coleta, interpretação dos dados, elaboração do manuscrito e na aprovação final do manuscrito. VLP foi a orientadora, realizou a revisão crítica com contribuição intelectual e aprovação da versão final do manuscrito para publicação. FS foi coorientadora, contribuiu com a revisão e aprovação da versão final do manuscrito para publicação. Todas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: As autoras declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 06/04/2023

Aprovado em: 02/01/2024

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Resumo: O estudo teve como objetivo problematizar as práticas de cuidado desde o itinerário terapêutico de uma criança como usuária-guia. Trata-se de uma pesquisa-intervenção de caráter qualitativo transcorrida no período de abril a dezembro de 2022 em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), onde realizou-se entrevistas abertas individuais e grupais com usuários, trabalhadores da saúde e da escola onde a criança estuda, a fim de compreender os modos de cuidado instituídos na rede de atenção municipal diante do sofrimento psíquico infantil. A análise de conteúdo se deu a partir da leitura hermenêutica das narrativas entrelaçando-as ao referencial teórico da Psicanálise. Evidenciou-se o uso do usuário-guia como potente estratégia de cuidado e de reconhecimento subjetivo e no fortalecimento da intersetorialidade. Destaca-se, no trabalho com a infância, a importância do encontro inter-humano no cuidado para a sustentação de intervenções pautadas na escuta da singularidade e subjetividade das crianças e familiares.

Palavras-chave: Infância; Saúde Mental; Colaboração Intersetorial; Psicanálise; Atenção Primária à Saúde.

Abstract: The study aimed to problematize the care practices from the therapeutic itinerary of a child as a guide user. This is a qualitative research intervention that happened from April to December 2022 in a Family Health Strategy, where open individual and group interviews were conducted with users, health workers, and the school where the child studies, to understand the modes of care instituted in the municipal care network in the face of child psychological suffering. The content analysis was based on the hermeneutic reading of the narratives, intertwining them with the theoretical referential of Psychoanalysis. The use of the guide-user was evidenced as a powerful strategy of care and analysis of complex cases in the network, as well as the strengthening of intersectionality. In the work with childhood, the importance of the inter-human encounter in care is highlighted for the support of interventions based on listening to the singularity and subjectivity of children and families.

Keywords: Childhood; Mental Health; Intersectoral Collaboration; Psychoanalysis; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As reflexões aqui trazidas resultam da análise de um caso complexo em saúde mental na infância e na problematização dos modos de cuidado na clínica e no trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo, está articulado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase na Atenção Básica e área de concentração em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/Campus Passo Fundo), tendo como cenário de prática profissional e de pesquisa o encontro e escuta de trabalhadores da saúde, educadores e, sobretudo, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O contexto de pesquisa na Atenção Primária à Saúde associado à experiência clínica da pesquisadora principal fez emergir o desejo em investigar as práticas de cuidado existentes para crianças em sofrimento psíquico que buscam atendimentos em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município gaúcho. Ligado a isso, estão as percepções sobre as necessidades territoriais relacionadas à carência de ações de cuidado integral, multidisciplinar e singular para a saúde mental infantil.

Ao longo dos anos, as políticas públicas de assistência à saúde voltadas ao acompanhamento do desenvolvimento psicossocial na infância passaram por significativas transformações no campo científico, político e social. Estas, buscaram potencializar e instituir a noção de cuidado humanizado e de assistência integral de qualidade, contribuindo para o reconhecimento da criança como sujeito em constituição, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicológicos e sociais e, assim, reformulando a própria noção de infância na pós-modernidade ^{1,2}.

Nesta perspectiva, consideramos que o cuidado integral na infância necessita levar em conta as condições sociais, familiares, psíquicas, econômicas, culturais e de possíveis vulnerabilidades multifatoriais. Tais elementos são singulares para cada sujeito e podem estar relacionados ao sofrimento psíquico, o que também complexifica o campo da intervenção clínica subjetivante e na implementação de políticas estruturantes que garantam condições básicas para a sobrevivência, proteção social e cuidado integral.³

Estudiosos do campo da clínica infantil amplamente advertem para a atual pandemia de diagnósticos de transtornos mentais na infância, em grande parte, baseados nos critérios classificatórios de manuais psiquiátricos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM).^{4,5} A prática patologizante e medicalizadora, cada vez mais presente em bebês e pequenas crianças, introduz o amoldamento do mal-estar e manifestações da vida infantil em quadros psicopatológicos. Nesta perspectiva, exclui-se o entendimento da infância enquanto tempo decisivo de aberturas para a estruturação psíquica, da formação da subjetividade e da vida mental.⁶

Compreendemos que ainda há muito a se pensar e construir no campo da promoção da saúde, da prevenção e cuidado com a criança no SUS. A insipiência de espaços que considerem as narrativas de sofrimento e vida da criança para além das manifestações orgânicas e fisiológicas corroboram para uma “tendência reducionista” do cuidado, este ainda limitado ao saber hegemônico da clínica médica e não ao olhar para singularidade dos sujeitos e do encontro inter-humano nos espaços da clínica e da coletividade.⁷

No presente trabalho, fazemos uma aposta de que é nas experiências cotidianas de cuidado à saúde de base territorial que emergem possibilidades de um cuidado humanizador, integral e equânime com crianças e adolescentes. Tal concepção evidencia a potência do olhar para a singularidade, as contradições e desafios dos processos de produção de cuidado no SUS, de suas equipes multiprofissionais, da gestão e da participação social na implementação de políticas e ações específicas e intersetoriais.

A partir desta contextualização o objetivo da investigação é buscar elementos para a compreensão dos modos de cuidado presentes na rede de atenção integral à saúde da criança junto ao Sistema Único de Saúde e sua interface intersetorial, em especial com a Educação. Para tanto, utilizamos o itinerário terapêutico de uma criança usuária-guia a fim de lançar luz à multiplicidade de fatores que envolvem o olhar para o sofrimento psíquico e para a subjetividade infantil na saúde pública.

METODOLOGIA

Este artigo é produto de uma pesquisa-intervenção de caráter qualitativo tendo como posição metodológica o profundo enlace investigativo entre pesquisador e a realidade pesquisada, capaz de produzir novos significados e saberes para ambos.⁸

Ao longo dessa exposição conheceremos um caso tido como complexo pela equipe de saúde e escola, visando a análise focada neste usuário, isto é, tomamos o usuário como guia condutor de vivências capazes de provocarem fissuras, tensionamentos e questionamentos ao modelo atual de cuidado, trazendo à tona a multiplicidade de saberes, práticas e sujeitos ligados a micropolítica das relações humanas no campo técnico-assistencial.⁹

Utilizou-se a ferramenta usuário-guia que, mesmo sendo uma construção recente, é assim referenciada:

O conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde; ou seja, aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento e do cuidado.¹⁰

A primeira fase da coleta de dados foi a escolha do usuário-guia pela equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) durante uma Educação Permanente em Saúde (EPS) conduzida pela pesquisadora principal acerca do tema deste estudo. Participaram um médico, quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), duas psicólogas, duas enfermeiras, uma farmacêutica e uma técnica de enfermagem. Ademais, a escolha se sustentou pelo interesse genuíno diante de um caso que, em sua sensível singularidade e complexidade, pode se apresentar em outros pontos das redes de saúde e territórios desafiando os modos de cuidado ali estabelecidos, as fragilidades e potencialidades da rede desde o percurso terapêutico e de vida do usuário.¹¹

Posteriormente, a segunda fase ocorreu através de entrevistas abertas individuais e grupais visando obter maior detalhamento e aprofundamento das discussões levantadas em grupo: 1. Um encontro individual com três

profissionais da equipe que possuíam maior vínculo com o caso (a médica, a psicóloga e ACS); 2. Três encontros individuais e um grupal com a criança e sua responsável. 3. Um encontro grupal com a equipe escolar (duas professoras, uma psicopedagoga e uma coordenadora).

Para a análise do material utilizamos a leitura hermenêutica, isto é, a interpretação reflexiva dos dados, entrelaçados com o aporte teórico da Psicanálise que resultaram em quatro categorias discursivas ao longo do escrito ¹², sendo elas: 1. Quem é Marcelo? Breve relato da história progressa; 2. Marcelo está sem cabeça! Pensamentos que escapam...; 3. Encontros e desencontros na rede de atenção; 4. A articulação da rede com foco no sujeito.

Destacamos que a densidade dos conteúdos e das narrativas desse percurso marcam a intencionalidade do estudo em escutar^I e colocar em foco a criança usuária como fonte de saber norteadora de processos de cuidado intersubjetivos, especialmente no campo da saúde e educação. ¹³

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAE) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sob o CAAE: 55295422.0.0000.5564 com número de parecer 5.320.331. Todos os participantes tiveram acesso e assinaram os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), assim como, termo de assentimento para menores de idade.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Categoria 1: Quem é Marcelo? Breve relato da história progressa

“Marcelo” (nome fictício^{II}) tem nove anos de idade e, desde que está inserido no ambiente escolar ‘dá a ver’ que algo não vai bem em seu desenvolvimento. É um menino curioso, ativo, *‘sempre foi uma criança bem alegre e amorosa’* com a família (E2^{III}), apresenta picos de agitação, dificuldades em permanecer no coletivo, inquieta-se nas atividades propostas em sala de aula e tem um significativo embate com os processos de alfabetização e de interesse com novos objetos epistêmicos, o que também nos indica que algo da estruturação psíquica e suas aquisições precoces já não ocorreriam bem há tempos.¹⁴ Ao se referirem a ele, sobressai-se a ideia de uma criança que não é capaz de

^I Ao referirmos a noção de escuta tratamos da posição analítica e ética voltada para a singularidade das narrativas e dos sujeitos participantes do estudo.

^{II} A escolha pelo pseudônimo Marcelo, identificado como entrevista 1 (E1), se deu pela origem em latim aquele que descende de Marte em correlação a aquele que “está no mundo da lua, com a cabeça em outro planeta”, que é como a criança foi caracterizada para a pesquisadora. Também, possui o significado de pequeno guerreiro, sendo aquele que contorna as dificuldades.

^{III} A mãe de Marcelo é identificada como entrevista 2 (E2).

controlar a si e a seus “impulsos”, que nada “entra em sua cabecinha (E5^{IV})”, atrelando-se a intensa descarga de energia motora.

A chegada de Marcelo ao mundo se deu de forma inesperada e abrupta para os pais, sendo o segundo filho da família advindo de uma gestação de risco devido a comorbidades maternas. Após o nascimento mamou até pouco menos de um ano de idade, interrompendo a amamentação exclusiva depois de um episódio de adoecimento da mãe, tendo dificuldades para iniciar a introdução alimentar.

A partir dos três anos de idade Marcelo expressava severas e recorrentes infecções na garganta (amigdalite e faringites), alcançando quadros febris elevados e com resistência ao tratamento medicamentoso - esse tipo de sintomatologia esteve presente pelo menos uma vez ao mês durante três anos de sua vida.

Nesse período, já frequentando a educação infantil e com pouca vinculação à sua Estratégia Saúde da Família, a criança mostrava inquietação e, frequentemente, mordida seus colegas, alegando que “*ele me brigou primeiro*” (E1). No final do ano de 2019, já com seis anos de idade, Marcelo vivenciou uma situação traumática grave de violência^V, passando por um período de reclusão junto à família e desligando-se do espaço escolar, situação que se intensificou com a Pandemia da COVID-19 e o consequente fechamento das escolas.

No ano de 2021, com o retorno das atividades escolares presenciais, houve a intensificação de comportamentos de agitação, do atraso com a aprendizagem, assim como dificuldades de concentração e atenção. Marcelo parece de algum modo impedido de cativar-se pelo encontro com a leitura e a escrita, pelas novas formas de sociabilização e normativas do convívio no laço social que esse momento do desenvolvimento implica, assim, representando através do seu corpo excessos que vivenciou. Neste momento, a criança é encaminhada para um Neurologista e medicado, iniciando, também, acompanhamento psicológico na Estratégia Saúde da Família do território.

^{IV} A equipe escolar (professoras, psicopedagoga e coordenadora pedagógica) estão identificadas como entrevista 5 (E5).

^V Episódio de violência sexual infantil perpetrada por agressores moradores do bairro.

Categoria 2: Marcelo está sem cabeça! Pensamentos que escapam...

Ao encontrá-lo, Marcelo surpreende por ser um menino ávido, entusiasmado e que já tinha conhecimento do local de nossas entrevistas e, sobretudo, do que trataríamos ali. Logo ao entrar no consultório de Psicologia na ESF, o menino prontamente interroga “*Nós vamos brincar? Tenho muitos pensamentos na cabeça, mas eles me escapam... (E1)*”. Winnicott¹⁵ nos ensina que a criança vem com uma tarefa terapêutica a ser realizada e, neste caso, a convocatória para auxiliar Marcelo com o que se passa em sua cabeça e corpo está posta.

Um dos elementos centrais de nossa discussão está na complexa e estreita relação entre mente e corpo na clínica do cuidado e o que ela suscita nos processos de trabalho, considerando que este é fonte produtora de saberes, práticas e fazeres que atuam dentro de certa micropolítica, isto é, dentro do cerne das relações e das produções subjetivas que cada um implica no cuidado que oferta.

Emerson Merhy¹⁶, ao resgatar a construção das práticas de saúde contemporâneas, aponta nas atuais profissões da saúde uma forte tendência ao estabelecimento de processos disciplinadores e de controle como ferramentas do cuidado no plano individual e coletivo, as quais operam desde a patologização e medicalização da vida. Para o autor, o campo da clínica e da gestão do cuidado refletem uma ótica sustentada pelo modelo médico hegemônico capitalístico, onde as intervenções terapêuticas se concentram na correção de desvios ou distúrbios capazes de serem identificados no corpo orgânico - o corpo de órgãos - em detrimento de práticas que reconheçam a existência do desejo e da subjetividade do ser adoecido.

Dentro do campo saúde mental infantil, Jerusalinsky e Melo¹⁷, apontam para o risco da “psicopatologização generalizada na infância”, onde todo e qualquer comportamento desviante das crianças enquadra-se como psicopatologia ou classificação psiquiátrica, sem que se considere o entrelaçamento das relações afetivas, psíquicas e sociais dos pequenos ao manifestarem narrativas sobre si e seu adoecimento.

O impacto dessas práticas na produção do cuidado cotidiano dentro das instituições de saúde e educação muitas vezes se dão em uma lógica excludente do sujeito, onde o acolhimento e a escuta se esvaem ao dar lugar ao enrijecimento do cuidado em tecnologias duras. De Carli⁴, aponta que o atendimento de crianças perpassa pelo reconhecimento da existência de um sujeito inconsciente em estruturação subjetiva, que, por sua vez, dentro de sua singularidade e complexidade, está sujeito a falhas, dificuldades, impasses e sintomas expressos no laço social. Ainda, a autora aponta que “um sujeito, para existir, precisa primeiro ser pensado por alguém” na relação de alteridade.

Na lógica da patologização e medicalização a compreensão histórica da vida intersubjetiva da criança é afetada. Podemos dizer que Marcelo encontra-se situado nesse emaranhado epistemológico e prático, pois chega ao serviço de saúde quando a primeira infância já acabou, com dificuldades de aprendizagem que indicam os prejuízos da intervenção tardia. Perpassou a rede privada, em consultas de profissionais pediatras e neurologistas, e a rede pública, com o acompanhamento da Estratégia Saúde da Família, porém de forma desarticulada, fragmentada e que resultou na sua medicalização e, tendo inclusive, períodos com perda de seguimento do tratamento.

No contato com Marcelo encontra-se aspectos de uma criança em partes desacreditada de sua capacidade criativa e desinvestida simbolicamente, quando convidado para desenhar expressa “Ah, não sei de nada! Às vezes penso uma coisa e depois muda!” (E1). Em certo momento, desenhamos animais e Marcelo renova sua convocatória, necessita de alguém que lhe ajude a sustentar seus pensamentos, narrativas e lugar no mundo:

E1: Você sabe fazer um pescoço?

P^{VI}: Sei sim!

E1: O pescoço serve pra não cair a cabeça!

P: É verdade! Nossa cabeça é muito importante!

E1: Sim. Agora tua vez!

Cezar, Santos Filho e Nolasco¹⁸ indicam para a potência subjetivante do encontro inter-humano na infância, o qual, quando produtor de uma experiência significativa, funciona como suporte para o desenvolvimento e sustento da vida psíquica. Esta, por sua vez, apoia-se no investimento do adulto na criança, em sua capacidade de pensar e emprestar

^{VI} Identificação da Pesquisadora que conduziu as entrevistas (P).

representações simbólicas para que possa vir a surgir um sujeito apropriado de sua própria existência e desejo, um ser capaz de brincar, aprender com prazer e plenitude em seu crescimento.

Quando esse processo falha, nos deparamos com o empobrecimento subjetivo e a não visibilidade do sofrimento infantil, sendo este facilmente capturado por práticas reducionistas de cuidado - onde as dificuldades do desenvolvimento da criança e seus sintomas são unicamente atribuídos a problemas de funcionamento cerebral. No caso de Marcelo, também há a hipótese subjacente de uma criança que não aprende devido a seu desvio cognitivo comportamental - hiperatividade - aparecendo em seu discurso a autopercepção que *“não sabe”, “não aprende”* e toma remédios *“para se comportar”* (E1).

Tais significantes presentes nas narrativas da criança e da escola podem estar ligadas à agitação corporal e mental como uma resposta ou tentativa psíquica de apaziguamento da angústia de não saber em uma fase do desenvolvimento em que, Freud, ¹⁹ caracterizou como sendo o de surgimento da pulsão do saber. Período do desenvolvimento marcado pelo ingresso na cultura, pelas aberturas investigativas, da curiosidade e das teorizações infantis.

Aprender, sobre si mesmo, seus pensamentos, comportamentos e sobre o mundo, impacta diretamente o campo educacional, mas também na produção do cuidado em saúde, visto que os impasses do usuário na aquisição da linguagem dizem respeito aos processos subjetivos perpassados até então, suas limitações e aquisições.

Nessa perspectiva, a rede intersetorial funcionaria como um sismógrafo^{VII} social atuante na identificação precoce das dificuldades infantis, pois é ali que prioritariamente acontece o acompanhamento do desenvolvimento da criança e suas interfaces no laço familiar e comunitário desde o nascimento.

A complexidade do desenvolvimento infantil demanda das redes uma renovação e reposicionamento sobre como escutamos, acolhemos e intervimos com o mal-estar da criança na atualidade, sob quais paradigmas

^{VII} Sismógrafo é o aparelho que registra os movimentos do solo, “percebendo” seus movimentos. Aqui, nosso solo é o território vivo e a capacidade produtiva do trabalho em saúde.

e fluxos as recebemos ou não e quais os efeitos de uma atenção à criança pautada na singularidade e subjetividade para além do sintoma e da patologia. Entretanto, a escuta sensível realizada com Marcelo durante os momentos realizados, demonstrou a potência de vida que está nesse ser em formação e as múltiplas possibilidades de intervenção dos profissionais da saúde e da educação em situações similares.

Categoria 3: Encontros e desencontros na rede de atenção

A tardia identificação, acolhimento e intervenção com Marcelo revelam uma espécie de estado de deriva, onde apesar da criança sinalizar seu mal-estar para a família e na rede de saúde e educação, é deixado em aguardo. Aqui se coloca em questão: o que esperamos quando deixamos o tempo da infância passar?

No que diz respeito aos primeiros tempos da estruturação psíquica infantil a intervenção precoce pode ser decisiva, pois a transcorrência do tempo cronológico e do crescimento maturativo não significa propriamente que o desenvolvimento da criança esteja indo bem. Para tanto, é preciso uma profunda e atenta análise dos indicadores que correspondem à instauração da vida psíquica do sujeito, a aquisição de habilidades e outros aspectos da constituição psíquica presentes em seu contexto relacional e social que, muitas vezes, passam despercebidos no cotidiano do trabalho em saúde.²⁰

Apesar do Ministério da Saúde²¹ preconizar o acompanhamento das crianças até os dois anos de idade e, posteriormente, recomendar uma periodicidade de uma vez ao ano, a realidade dos serviços é outra, onde, “*muitas crianças se perdem*” (E3^{VIII}) nesse período. A alta demanda assistencial associada à falta de recursos humanos acaba afetando a concretização das diretrizes da integralidade e longitudinalidade do cuidado com a infância, sobretudo, tratando-se da prevenção em saúde mental, como aponta a entrevistada 3:

E3: “A questão do sofrimento psíquico da criança, muitas vezes a família acha que vai ser resolvido com médico e medicação... ah, ele está triste, cabisbaixo e dá remédio ou que psicólogo é coisa de louco, não precisa! Eles tentam buscar uma resolução, nós tentamos avaliar dentro do curto espaço de tempo de uma consulta e quando falamos em saúde mental isso demanda um tempo muito maior do que a gente tem, vários encontros para realmente compreender o que acontece com a criança.”

^{VIII} Entrevista 3 (E3) - participante da equipe de Estratégia Saúde da Família.

A espera por buscar ajuda nos espaços de saúde e as lacunas encontradas nestes, sobretudo no que diz respeito a uma práxis sensível às manifestações do sofrimento infantil e às limitações do diálogo intersetorial, produz uma “conduta expectante” mesmo diante da suspeita de dificuldades, a qual pode levar ao agravamento e invisibilidade destas, como segue relatando a entrevistada 3²⁰:

E3: “Nós temos vários pontos da rede, mas eles não conversam, não estão interligados. Vemos muitas demandas que chegam e muitas que a gente encaminha também, por exemplo, que vem da escola e creche, e aí avaliamos, acolhemos e encaminhamos para o Conselho Tutelar ou outro espaço e acabamos ficando sem retorno. A rede acaba se articulando em casos mais excepcionais, quando há um problema muito grave. Mas a parte de a gente conseguir intervir em conjunto naquilo que está começando apenas para não chegar no grave não percebo que isso funcione aqui no município. Funciona quando está nos extremos. Acho que é uma importante fragilidade.”

O itinerário terapêutico de Marcelo reflete a fragmentação da rede e suas limitações no âmbito da detecção precoce e prevenção de dificuldades na estruturação psíquica infantil. Logo, a passagem por múltiplos profissionais da rede privada e pública, o apressamento da prescrição diagnóstica e farmacológica e retorno tardio ao acompanhamento de referência do território revelam um excesso de intervenções, as quais ficam desligadas de representações simbólicas e da própria realidade e história da criança.¹⁸

Por outra via, a entrevistada 3 chama a atenção para os entraves do serviço na busca ativa de seus usuários que não apresentam ‘urgência’ do ponto de vista da gravidade patológica e, quando identificados, tendem ao encaminhamento para outros pontos ‘mais complexos’ da atenção. Enquanto isso, a criança em sofrimento acaba entremeada entre a técnica clínica, encaminhamentos e pílulas.

Observamos que não fica explícito para as equipes como identificar e intervir na primeira infância ou até mesmo se isso é possível na perspectiva de uma Estratégia Saúde da Família, optando-se pela passagem do tempo cronológico ou pelo encaminhamento e, conseqüente, fechamento diagnóstico. Este, por sua vez, serviria de apoio e norte para o início e sustentação do tratamento, porém visualizamos que, mesmo em crianças

maiores, sobressaem-se movimentos de desinvestimento subjetivo diante da definitiva diagnóstica, isto é, o signo como ‘fim’ e não o ‘início’, como pressuposto.

Segundo Jerusalisky et al.¹⁴, é preciso considerar que a detecção precoce de risco psíquico em pequenas crianças difere da intervenção realizada na vida adulta, especialmente, no que diz respeito à delicadeza do olhar voltado para os aspectos constituintes do sujeito, potencial de melhora prognóstica, diminuição de agravos e disposição de aberturas da vida mental e orgânica. Logo, sustentar a complexidade desse trabalho também pode mobilizar e desvelar fissuras nas linhas de cuidado na infância e nas redes formais de cuidado.²²

Cabe ressaltar que os efeitos do ingresso apressado de signos psicopatológicos diante do mal-estar da criança que, muitas vezes, é realizado de modo fragmentado, sem a escuta e acompanhamento da mesma, designam uma ‘nova identidade’ a ela, passando a ser vista no laço social pela sua nosologia psiquiátrica e não como sujeito de desejo.

Junto a isso, a medicação assume uma função amortecedora destituída de sentido, como percebe a entrevistada 4 “o medicamento tranquilizou Marcelo, mas o parou ao mesmo tempo” (E4^{IX}). Tal dessubjetivação ecoa nos espaços de atenção, produzindo modos de cuidado menos implicados e envolvidos com as produções de vida e saúde da criança.

Avelar e Jerusalisky²⁰, apontam para o reconhecimento do poder das palavras na vida humana”, sendo o diagnóstico um “marco simbólico” na vida das crianças e seus familiares que demandam uma conduta sensível e humanizada. No terceiro encontro com Marcelo, a criança relata sua consulta de retorno com o médico neurologista, revelando o silenciamento das narrativas da criança e a insipiência do encontro inter-humano no cuidado, vejamos:

E1: O médico trocou meus remédios para uns mais fortes, porque os do posto eram fracos.

P: Como assim?

E1: A mãe sabe.

P: Como foi a consulta então, como se sentiu?

E1: Ah... só falou com os meus pais e disse que os remédios do posto eram fracos, que não tava melhorando nada!

^{IX} Entrevista 4 (E4) - participante da equipe de Estratégia Saúde da Família.

*P: E são remédios para quê? Sabe para que servem?
E1: Para eu me comportar... Ele só falou com a minha
mãe, como sou criança não entendo de nada!*



É importante considerar que a proposição diagnóstica e ingresso medicamentoso podem vir a ser um recurso útil e necessário de trabalho quando aplicados em favor aos passos da estruturação psíquica e aliados a um Plano Terapêutico Singular.

Destacamos, ainda, que a presença e investimento libidinal de um outro cuidador de referência, que pode estar na família, na escola ou no serviço de saúde, como elemento central para a sustentação de uma experiência potente e transformativa de cuidado com a criança desde os primeiros tempos, assim como, para o reconhecimento das narrativas infantis na constituição da subjetividade e dos laços relacionais.¹⁸

Nesta direção, Jorge, Pontes e Ferreira²³, assinalam que ao “experimentar trabalhar com o reconhecimento do Outro e entender o usuário como portador e formulador de saberes diversos, os trabalhadores também aprendem e inovam no seu processo de trabalho em saúde, produzindo novos modos de cuidar”, evidenciando a potência do encontro intersubjetivamente entre trabalhador e usuário na produção de uma vida criativa em detrimento do *pathos*.

Essa narrativa aponta a necessidade do reconhecimento de cada usuário em suas singularidades e nos remete também a uma maior sintonia ou simetria nas redes de atenção à saúde entre a atenção primária e a especializada no âmbito público e privado.

Categoria 4: A articulação da Rede com foco no sujeito

Nesta seção apontaremos alguns caminhos e possibilidades terapêuticas com foco no sujeito, isto é, no usuário como guia, onde desde sua singularidade e necessidades em saúde emerge o itinerário do cuidado. Essa evidência do sujeito também nos mostra a potencialidade do cuidado em rede na promoção e prevenção em saúde mental na infância.

O caso de Marcelo desperta inquietações, afetamentos e desafios cotidianos no campo da clínica, dos processos de trabalho e de gestão dos

serviços de saúde e educação e, por isso é tido como complexo. Ao ser apresentado como uma criança *“que suga, agitada, carente, com dificuldades de concentração, que não fica parado e nem pensa (E5)”*, é preciso destacar que tais dificuldades correspondem apenas a uma parte de sua subjetividade e não o definem como um todo. Logo, compreendemos que esses aspectos estão relacionados à forma como responde aos próprios conflitos psíquicos, familiares e sociais neste momento do desenvolvimento.

Ao questionarmos os participantes do estudo sobre *‘o que consideravam necessário para um cuidado integral de Marcelo e outras crianças na rede’*, suscitou-se alguns elementos orientadores, tais como: aproximação e escuta dos usuários e das famílias, reconhecimento do sofrimento infantil para além do corpo biológico, fortalecimento da rede humana e setorial, favorecimento das aquisições infantis e formação continuada dos profissionais da saúde e educação, aspectos presentes nas orientações aos cuidados com crianças previsto no SUS.

Entretanto, desde a primeira infância Marcelo esteve ligado a encaminhamentos em diferentes níveis de atenção na rede pública e privada municipal e da região, revelando terapêuticas desarticuladas e predominantemente associado a um *“olhar mais formado para detectar doenças do que para promover saúde”*.¹⁷ Assim, parece não haver um serviço ou profissional de referência que auxilie na interrelação entre a complexa demanda terapêutica de Marcelo e a construção de um Plano Terapêutico Singular eficaz e preventivo, tanto individual, como familiar e do âmbito escolar.

Ao contrário do fechamento diagnóstico e medicalização, o trabalho de prevenção e intervenção precoce exigem uma posição aberta e sensível ao acompanhamento longitudinal e integral das aquisições da criança em relação aos passos da constituição psíquica, ao ingresso na linguagem, a psicomotricidade, a aprendizagem e nas relações, o que exige tempo - não de espera ociosa, mas de acompanhamento atento - e investimento subjetivo. Esse tipo de abordagem só é possível em trabalho multi e interprofissional, em rede e de forma intersetorial articulada.

Como em uma aldeia, a rede ganha o propósito de identificar, acolher e abrir espaços de reconhecimento e suporte coletivo à criança em sofrimento, o que também requer o afrouxamento do trabalho burocratizado e excessivamente técnico e protocolar para dar lugar à escuta implicada e humanizante.

A entrevistada 6, aponta que ao reconhecer a existência de uma rede funcional e organizada mostramos que *"a criança sozinha não vai adiante, pois nós podemos fazer o percurso dela ser diferente (E6^x)"*. Destacamos que a intersetorialidade é composta por diferentes trabalhadores que dão sustento às linhas de cuidado a partir de suas diversas práticas clínicas e tecnológicas.

Contudo, para Merhy²⁴, é justamente nesse contexto em que o cuidado acontece: na relação viva entre os sujeitos e nas produções e inventividades que saem do encontro com o outro. De modo semelhante, é assim que a pequena criança adentra aos processos constitutivos e formadores da saúde mental.

Ainda, Jerusalinsky¹⁴ assinala que um dos pilares para a sustentação de um trabalho em rede focado na prevenção em saúde mental está na capacidade dos profissionais que atuam com a infância de reconhecerem traços da psicopatologia para detectar indicadores de risco sem patologizar, isto é, propor terapêuticas humanizantes em favor da estruturação. Nessa linha, o diálogo intersetorial, especialmente com a escola, e o fortalecimento de vínculos com a família é determinante.

Ao dialogar com a escola identificamos semelhanças de Marcelo com outras crianças, dando destaque ao papel preventivo e formativo que a escola desempenha na comunidade diante da pandemia diagnóstica identificada pela equipe:

E5: "A maioria dos médicos não levam em consideração que as crianças passam 4 horas na escola e vão lá em 15 minutos e dão um diagnóstico... lá sozinho, com a fala dos pais o comportamento é diferente. E são vinte crianças em sala de aula e uma de cada tipo, é na escola que identificamos várias situações. São muitas crianças com diferentes níveis de aprendizagem, com problemas familiares, cognitivos... percebemos muitos diagnósticos vindo, temos que

^x Entrevista 6 (E6) - participante da equipe de Estratégia Saúde da Família.

abraçar muita coisa, tentamos fazer o máximo com nossas estratégias. (Entrevistada 5)”



Como revela o trecho acima, frequentemente, é no espaço escolar que as manifestações do sofrimento infantil são evidenciadas e encaminhadas, como também é o caso do pequeno Marcelo. Segundo De Carli ⁴, assumir uma posição dialógica e acolhedora para singularidade infantil significa retomar a potência do saber escolar e familiar no cuidado com a criança, impedindo processos de destituição subjetiva presentes na patologização.

Nesse ponto, evidenciamos o marco simbólico da existência de um adulto capaz de enxergar as potencialidades da criança enquanto sujeito, e de intervir desde esse itinerário de existência subjetiva que é único para cada pessoa.

Observamos que ao longo das entrevistas foi possível instigar importantes modificações na equipe escolar ao se proporem a *“achar caminhos”*, e *“mudar o nosso jeito para deixá-lo se sentir mais próximo de nós e querer aprender (E5)”*. Por um lado, identificamos o desejo de mudança e, por outro, a força das práticas instituídas e da rede formal de cuidado. Tais movimentos humanizantes e subjetivantes com a criança potencializam dinâmicas de afetos e de ludicidade na composição do cuidado preventivo, assim como, dão sustentação a um Plano Terapêutico Singular que deve ser construído e executado intersetorialmente.

Em equipes de saúde e escolares essa posição ética e desejante pode ser desempenhada por todos que de alguma forma participam do cuidado da criança, como família, profissionais, membros da rede pública e professores, ampliando, assim, a potencialidade dos encontros de produção de vida e o compromisso com o acompanhamento longitudinal da criança.

Nesse sentido, evidenciamos que a integração e diálogo entre as redes - de saúde, educação, assistência e familiar - abrem a possibilidade do trabalho de prevenção em saúde mental, pois agem e se complementam frente à complexidade multifatorial do sofrimento na infância. Por isso, o estudo inserido no cotidiano do serviço público tem o mérito de trazer à tona a necessidade de reflexão para novos modos de cuidado desde a clínica da subjetividade humana, a qual está pautada na potência do encontro

humano na produção de saúde para além da patologização e da prestação da assistência técnica.²⁵

Junto a isso, os pontos elencados pelos participantes para uma linha de cuidado ideal para a criança em sofrimento sinalizam a necessidade de ressignificação do agir em saúde. Apontamos para a mudança nas práticas de saúde desde a qualificação das formações profissionais na área da saúde e educação baseadas na perspectiva humanística, crítica e ética, assim como, no constante exercício da Educação Permanente em Saúde buscando a construção da integralidade e humanização da atenção à criança em sofrimento.

Destacamos que o cuidado integral à saúde da criança em sofrimento psíquico requer a implementação de políticas públicas intersetoriais, de fortalecimento das redes de atenção à saúde no SUS e das políticas específicas de saúde mental, de saúde da criança, do escolar e do adolescente, de saúde na escola, de atenção primária à saúde, de promoção da saúde, de educação permanente em saúde e de educação popular em saúde e de promoção da equidade para qualificar o cuidado a esta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O usuário como guia do cuidado provoca estremecimentos sísmicos nos saberes e práticas instituídas no serviço, revelando, sobretudo, a capacidade do trabalho vivo em ato e a necessidade de reconfiguração da rede tradicional de cuidado.²⁶

A escuta do usuário e familiares demonstrou a potência do resgate histórico e da ressignificação das dificuldades da criança, dando lugar a suas potencialidades enquanto sujeito. O acolhimento da mãe de Marcelo provocou inquietações e reflexões onde antes havia apenas obediência ao saber médico especializado sem o protagonismo e autonomia dela e do filho. As entrevistas possibilitaram um espaço de escuta singular permeado pela expressão da vida que ali se apresentou em suas potências, e não enfatizando os aspectos adoecidos, autorizando a mãe a questionar criticamente sobre o tratamento, o que desejava para o futuro, além de enxergar evolução e aspectos da sua própria história.

O movimento subjetivo da dupla ressoou nos espaços de cuidado da criança, sensibilizando um novo olhar para as manifestações do sofrimento infantil. Observamos nessa experiência de pesquisa-intervenção que o cuidado subjetivante e o encontro inter-humano são fundamentais para a despatologização da doença.

Como limitações do estudo, reconhecemos a necessidade de expansão para casos que perpassam outros pontos da rede intersetorial e o uso de ferramentas capazes de analisar e visualizar as potencialidades, fragilidades e a produção subjetiva advinda do trabalho em saúde, como é o caso do fluxograma analisador.

O usuário-guia possibilitou percorrer o itinerário real de cuidado que essa criança com situação complexa de sofrimento mental realizou, assim como nos desafiou para a necessidade de utilizar a ferramenta do fluxograma analisador para identificar as potencialidades, possibilidades e limites se apresentam em cada um dos pontos das redes de atenção à saúde que ela perpassou. Pretende-se abrir caminhos para as equipes intersetoriais e interprofissionais construírem possíveis fluxogramas capazes de produzir cuidado integral às crianças em situações complexas de sofrimento mental. Tal instrumento será desenvolvido em estudos futuros visando corroborar com a qualificação da gestão em saúde e na implementação de políticas públicas e programas voltados ao campo da saúde mental infantil.

Realçamos a relevância política e social do conhecimento dos aspectos da constituição psíquica infantil atreladas ao desenvolvimento orgânico para aqueles que trabalham com a infância na rede, pois é na transmissão de um olhar voltado para a subjetividade que se faz possível qualificar os processos avaliativos com a criança desde outro paradigma: o do sujeito de desejo.²⁰ Ainda, potencializa ações de prevenção em saúde mental e da detecção precoce de riscos psíquicos sem patologizá-los.

Diante desses aspectos, destacamos que a escolha deste caso complexo pela equipe de saúde revela o desejo coletivo em encontrar novos recursos internos e subjetivos de entendimento e suporte para tecer junto uma Rede Viva de cuidado à infância.²³ O estudo suscitou movimentos de produção

subjetiva dos participantes, transformando processos de mudança no trabalho e nos próprios sujeitos trabalhadores e usuários. Cuidar da infância é produção de vida e aposta no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Esperidão MA, Soares CS, Rodrigues C, Souza MC, Malheiros R, Montalvão A, Behy L. A infância como objeto de análise política em saúde. In: Teixeira CF. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: EDUFBA; 2016: 305–38.
2. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRG de O, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):1000–1007.
3. Fonseca FF, Sena RKR, dos Santos RLA, Dias OV, Costa S de M. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev Paul Pediatr [Internet].* 2013 Jun 1 [citado 2022 Mar 30];31:258–64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Qtvk8gNNvtzhyqhDRtLX6R/#>
4. de Carli FG. A medicalização e a patologização da infância: epistemologia subjacente e repercussões na escola. [Dissertação]. [Passo Fundo]: Universidade de Passo Fundo; 2018: 133.
5. Vasen J. Ver más grande. Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas. Buenos Aires: Noveduc; 2011.
6. Ranña V. Medicalização na infância e o tempo de desmedicar. In: Catão I. Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça! Salvador: Álgama; 2020: 114-130.
7. Cesar L, Santos Filho F, Nolasco V. A experiência narrativa como fator constitutivo da formação humana: uma reflexão a partir de Benjamin, Freud e Larossa. In: Jerusalinsky J, Mello M. Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Álgama; 2020: 90-103.
8. Galvão EFC, Galvão JB. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa. *Rev Cien Soc.* 2017 Sep 20;1(1):54–67.
9. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. In: Merhy E, Franco TB. *Saude Debate.* 2003 Sep/Dec;27(65): 316-23.
10. Seixas TC, et. al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2019;23: e170627. doi:10.1590/Interface.170627: 03-04.
11. Abrahão LA, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Rio de Janeiro: Hexis; 2016: 22- 30.
12. Gadamer GH. *Hermeneutics and Social Sciences.* In: rasmussen D. *Cultural Hermeneutics.* Reidel Publishing Company; 1975.
13. Moebus NR, Merhy EE, Silva E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Merhy EE, et al. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis; 2016: 43-53.

14. Jerusalinsky J, et al. Detecção precoce do sofrimento psíquico em bebês e a formação de profissionais para práticas de prevenção em saúde mental – projeto Rede-Sampa. In: Jerusalinsky J, Melo M (org.). Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Álgama; 2020: 107-119.
15. Winnicott DW. The piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Coleção Psicologia Psicanalítica. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1977.
16. Merhy E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Lugar Comun. 2007;27(14158604).
17. Melo MS, Schmidt VAGK, Jerusalinsky J. A sustentação do exercício das funções parentais no encontro com o semelhante: experiência do Espaço Amarelinha. In: Jerusalinsky J, Melo MS (org.). Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Álgama; 2020: 223-36.
18. Cesar LO, Santos Filho FC, Nolasco V. A experiência narrativa como fator constitutivo da formação humana: uma reflexão a partir de Benjamin, Freud e Larossa. In: Jerusalinsky J, Melo MS (org.). Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Álgama; 2020: 90-103.
19. Freud S. Obras Completas Volume 6: três ensaios sobre A teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos: (1901-1905) / Sigmund Freud. Tradução Paulo César de Souza. De Souza PC, editor. São Paulo: Companhia Das Letras; 2016.
20. Avelar M, Jerusalinsky J. Os psicodiagnósticos fechados e a prática pediátrica: em que se aposta nos primórdios do desenvolvimento infantil? In: Jerusalinsky J, Melo MS. Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Álgama; 2020:39-53.
21. Brasil. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Ministério da Saúde; 2012. [Internet]. 2012. [citado 2022 Mar 30]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
22. Merhy E, Cerqueira MP, Silva E, Santos M de FL, da Cruz KT, Franco T. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg Saude Debate [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 30];52(774076):153–64. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076>
23. Jorge AO, Pontes M, Ferreira V. Encontros e desencontros na construção das redes. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016: 284.
24. Merhy E, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997:113–50.
25. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface (Botucatu). 2009;13(suppl 1): 531–42

26. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". *Divulg Saude Debate*. 2014;52:153-64.

